

## Trabajo Fin de Grado

Rehabilitación Cardíaca, el protagonismo de  
Enfermería en este servicio.

Cardiac Rehabilitation, the leading role of nursing  
within this service.

Autor/es

Pablo Alcolea Guerrero

Directora

Delia González de la Cuesta

Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

2021

## Índice

Glosario.....	3
Resumen.....	4
Introducción.....	6
Objetivo.....	9
Metodología.....	9
Desarrollo.....	11
Conclusiones.....	18
Bibliografía.....	19
Anexo1.....	21
Anexo 2.....	22
Anexo 3.....	23
Anexo 4.....	24
Anexo 5.....	25

## GLOSARIO

AACVPR: American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

ACV: Accidente Cerebro Vascular

AHA: American Heart Society

AVAC: Años de Vida Ajustados por Calidad

CT: Colesterol Total

EVAC: Esperanza de Vida Ajustada por Calidad

GBD: Global Border of Disease

HbA1c: Hemoglobina Glicosilada

HDL: High Density Lipoproteins (Lipoproteínas de Alto Peso Molecular)

HTA: Hipertensión Arterial

IMC: Índice de Masa Corporal

INE: Instituto Nacional de Estadística

LDL: Low Density Lipoproteins (Lipoproteínas de Bajo Peso Molecular)

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

RC: Rehabilitación Cardíaca

RR: Riesgo relativo

SCA: Síndrome Coronario Agudo

SCACEST: Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del Segmento ST

SCASEST: Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del Segmento ST

TG: Triglicéridos

## RESUMEN

**Introducción:** Las enfermedades del sistema circulatorio en España son el primer motivo de merma de salud en la población, así como la principal causa de mortalidad con el impacto socio económico y sanitario que ello implica.

La evidente relación de estas patologías con ciertos factores de riesgo modificables ofrece la posibilidad de combatirlas a través de programas de salud que mejoren el estado y la autonomía del paciente.

**Objetivos:** El objetivo es el de dar a conocer los servicios de Rehabilitación Cardíaca, equipos multidisciplinares centrados en la prevención secundaria de las patologías circulatorias y concretamente el trabajo del enfermero dentro de ellos.

**Metodología:** Realizar una descripción del trabajo del enfermero en la Rehabilitación Cardíaca el cual se basa en un programa de salud dirigido al paciente que ha sufrido un SCA reciente cuyo objetivo es mejorar sus hábitos de vida y reducir el riesgo de padecer nuevos eventos agudos.

**Conclusiones:** El innegable impacto de estas patologías en nuestra sociedad determina la importancia de un servicio como el de Rehabilitación Cardíaca. Como ya se ha demostrado, estas patologías tienen un amplio componente modificable, lo que hace posible reducir su incidencia desde la adherencia a una vida saludable y al tratamiento prescrito.

**Palabras clave:** Rehabilitación Cardíaca, prevención, síndrome coronario agudo.

**Introduction:** Circulatory diseases are the main cause of health loss among the Spanish population, as well as the leading reason of mortality with the socio-economic impact this represents.

The obvious connection of these pathologies with certain modifiable risk factors allows the chance of fighting them through health programs that improve the patients condition and autonomy.

**Objectives:** The objective is to introduce the Cardiac Rehabilitation services, which are multidisciplinary teams focused on the secondary prevention of circulatory pathologies and particularly the role performed by the nurse in them.

**Methodology:** Describe the mission of the Cardiac Rehabilitation nurse, which is to develop a health program aimed at the patient who has suffered a recent Acute Coronary Syndrome in order to improve their lifestyle habits and reduce the risk of developing new acute events.

**Conclusions:** The undeniable impact of these pathologies in our society determines the importance of the Cardiac Rehabilitation services. As shown already, the numerous modifiable components of these diseases allow to

reduce their incidence by guaranteeing the adherence to a healthy life and to the prescribed treatment.

Key words: Cardiac Rehabilitation, prevention, Accute Coronary Syndrome

## INTRODUCCIÓN

A lo largo del siglo XX España experimentó gracias a los avances en ámbitos como la salubridad, la medicina, las condiciones de vida y la ciencia un incremento de la esperanza de vida de los 34 a los 79 años (18). En 2019 España fue declarada por la OCDE como el tercer país del mundo (17) con mayor esperanza de vida con 82,83 años de vida (16). Esta larga esperanza de vida, tanto en España como en el resto de países desarrollados, ha alcanzado unas cotas las cuales son difíciles de superar significativamente. El objetivo ahora es conseguir ampliar la Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad (EVAC), la cual según un estudio realizado en 2016 se situaba en España en 70,5 y 69,9 años de vida ajustados por la calidad (AVAC) en mujeres y hombres respectivamente (18). Esto supone una importante brecha entre la pura esperanza de vida y la calidad de la misma. Otro indicador interesante para conocer el estado de salud de la población, así como para conocer cuáles son los agentes que lo determinan y para medir el grado de impacto de estos es el GBD (Global Burden of Disease) el cual refleja la merma de salud como consecuencia de enfermedad, lesiones o la influencia de determinados factores de riesgo (9).

Los datos del INE (Instituto Nacional de Estadística) demuestran que las enfermedades del sistema circulatorio en España fueron la primera causa de mortalidad en mujeres en 2018 (64897) y la segunda en hombres (55962). (3-4-5). Según un artículo publicado en 2016, en 2008 se perdieron en España 539.570 años de vida ajustados por discapacidad debido a la cardiopatía isquémica. Al emplear como indicador los AVAD, esto es, los años de vida ajustados por discapacidad y que pone de manifiesto el número de años de vida de los que no se disfrutarán por muerte prematura, enfermedad o discapacidad es posible hacerse a la idea del impacto a nivel social y sanitario (8). Según el GBD la principal causa de muerte en 2016 fue la cardiopatía isquémica (14,6%) y, en tercer lugar, se encontraba el ACV (7,1%) (6).

En cuanto a los factores de riesgo podemos decir que el principal es el hábito tabáquico con 2363,93 AVAD por cada 100.000 gracias entre otras a su aportación a las enfermedades cardiovasculares. Otros de los determinantes de salud son la HTA, niveles elevados de IMC casi siempre relacionado con

malos hábitos dietéticos, excesivo consumo de alcohol, glucemia elevada en ayunas, el sedentarismo y alto nivel de colesterol total. A la presencia de estos factores de riesgo hay que sumar el envejecimiento de la población lo cual conduce inexorablemente a un aumento de la incidencia de enfermedades cardiovasculares, mucho más prevalentes en ancianos (20), con la repercusión socio-sanitaria que ello conlleva (19).

En este contexto se antoja fundamental que se desarrollen estrategias y programas que proporcionen a los ciudadanos, a todos en general y a los que padecen enfermedades cardiovasculares en particular, el conocimiento necesario para manejar su patología y así prevenir eventos cardiovasculares.

Históricamente el ejercicio físico ha sido recomendado en el abordaje de las enfermedades, incluidas las cardiopatías, si bien a finales del s.XIX se produjo un cambio de tendencia que abogaba por el reposo prolongado para los pacientes que habían padecido un IAM. El desarrollo de los antibióticos en los años 50 con el consecuente descenso de la mortalidad por enfermedades infecciosas puso el foco en las enfermedades cardiovasculares. Los estudios comenzaron a demostrar que la incidencia de mortalidad en sujetos activos era mucho menor que en sujetos pasivos.

En 1948 el sistema de Salud de los EEUU inició el Framingham Study en el que identificaron factores de riesgo (término acuñado por primera vez en este estudio) que aparecían tiempo antes de los primeros síntomas clínicos en la enfermedad cardiovascular. Los dos primeros fueron la HTA y la dislipemia. La prevención comenzó a tomar protagonismo en el enfoque de una patología tan fuertemente ligada a ciertos hábitos higiénico-dietéticos.

En 1963 la OMS recomienda la actividad física para los pacientes cardiopatas con el objetivo de alcanzar un estado físico, mental y social óptimo (1-22).

En los años 70 la Rehabilitación Cardíaca (RC) tornó a un carácter multidisciplinar que entroncaba la actividad física, la educación dietético sanitaria, programas de abandono del tabaco, así como apoyo psicológico.

En definición de la AHA (American Heart Society) y la AACVPR (American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation

“Los servicios de RC son integrales, incluyen evaluación médica, prescripción de ejercicio, modificación de FRCV, educación y consejo. Estos programas están diseñados para limitar los efectos psicológicos, reducir el riesgo de reinfarto o de muerte súbita, controlar la sintomatología, estabilizar o revertir los procesos ateroscleróticos y mejorar el status psicosocial y laboral de los pacientes seleccionados.” AHA & AACVPR (2005) (1-22)

El primer servicio de RC en España fue fundado en 1979 en el Hospital Ramón y Cajal en Madrid mientras que en Aragón fue el del hospital Nuestra Señora de Gracia, fundado en 2015.



## OBJETIVO

Describir el trabajo realizado en una consulta de RC.

Analizar el papel que desempeña el enfermero en el equipo multidisciplinar que constituye la RC.

## METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en una serie de bases de datos la cuál ha sido complementada con la información obtenida en las páginas web detalladas a continuación.

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>PALABRAS CLAVE</b>	<b>FILTROS</b>	<b>ARTÍCULOS REVISADOS</b>	<b>ARTÍCULOS EMPLEADOS</b>
Cuiden	Rehabilitación cardiaca, enfermería, adherencia	2015-2020	28	2
Science direct	Burden of disease, unlived years, mortality in Spain	2015-2020	3	1
Google Académico	Años de vida ajustados por discapacidad, cardiopatía isquémica. Prevención enfermedad cardiovascular, dieta mediterránea.	2015-2020	13	2
Medline Plus	Angioplasty, stent.	2015-2020	5	1
Scielo	Inventario de Ansiedad de Beck, diagnóstico. Test SF-36, calidad de vida.	2005-2020 (Test sin modificaciones)	5	2
<b>Páginas web</b>				
Instituto Nacional de Estadística	<a href="https://www.ine.es/">https://www.ine.es/</a>			
Revista Española de Cardiología	<a href="https://www.revespcardiol.org/">https://www.revespcardiol.org/</a>			
Health Data	<a href="http://www.healthdata.org/">http://www.healthdata.org/</a>			

Dieta Mediterránea	<a href="https://dietamediterranea.com/">https://dietamediterranea.com/</a>			
HSPH. Harvard	<a href="https://www.hsph.harvard.edu/">https://www.hsph.harvard.edu/</a>			
OECD	<a href="https://www.oecd.org/">https://www.oecd.org/</a>			
El Orden Mundial	<a href="https://elordenmundial.com/">https://elordenmundial.com/</a>			
Sociedad Española de Cardiología	<a href="https://secardiologia.es/">https://secardiologia.es/</a>			
Asociación Española de Enfermería en Cardiología	<a href="https://www.enfermeriaencardiologia.com/">https://www.enfermeriaencardiologia.com/</a>			

## DESARROLLO

### 1. DIAGNÓSTICO

La elevada prevalencia y el progresivo aumento de la incidencia de patologías relacionadas con el sistema cardiovascular y su impacto social y sanitario ha dado lugar a el desarrollo de Servicios de Prevención como el Servicio de Rehabilitación Cardíaca.

### 2. PLANIFICACIÓN DEL PROGRAMA

#### 2.1 OBJETIVO

El objetivo de las unidades de Rehabilitación Cardíaca es el de "incrementar la calidad de vida de los enfermos y, si fuera posible, mejorar el pronóstico, a través del trabajo coordinado de distintas especialidades médicas y de actuaciones multidisciplinares" (21) en palabras del fundador del primer servicio de Rehabilitación Cardíaca de España, J.M<sup>a</sup>. Maroto.

El objetivo del enfermero en la RC es empoderar al paciente en su proceso de recuperación, enseñarle un qué consiste su patología, qué factores de riesgo la favorecen y cómo corregirlos, así como explicarle la importancia y necesidad de su adherencia, esto es su implicación activa, autodirigida y automotivada (2), al tratamiento en todas sus dimensiones; farmacológico, higiénico-dietético y físico.

#### 2.3 PACIENTES INCLUIDOS

Pacientes con un SCA bien sea SCASEST o SCACEST con realización de una angioplastia coronaria y colocación de una endoprótesis vascular o stent (10) y derivados por el cardiólogo por el que fue atendido en el plazo de dos meses.

## 2.4 CRONOGRAMA

		1 mes				2m				3m				4m	1 año
	antes	1ªS	2ªS	3ªS	4ªS	5ªS	6ªS	7ªS	8ªS	9ªS	10ªS	11ªS	12ªS		
Cardiólogo															
Enfermero	2														
M. Rehab															
Fisios															
Pruebas															
Gimnasio		3	2	3	2	3	2	3	2	3	2	3	2		

Tabla 1: Cronograma de la consulta de rehabilitación cardiaca

Semi-presencial: 1 sesión semanal en el gimnasio supervisadas por el enfermero, el cardiólogo y el fisioterapeuta además de plan de entrenamiento domiciliario.

Telemática: Llamada telefónica semanal por parte de enfermería, cardiología y fisioterapia y plan de entrenamiento semanal.

Las consultas correspondientes a los 4 meses y al año se realizan en todos los pacientes independientemente de la modalidad de Rehabilitación Cardiaca realizada.

## 2.5 INTERVENCIONES

El trabajo del enfermero se dividirá en tres ámbitos: Consultas, control clínico y pruebas complementarias.

### 2.5.1 Consultas

Primera consulta de enfermería:

- Explicación del funcionamiento del servicio, se proporciona un calendario con todas las citas con los diferentes miembros del equipo hasta finalizar el programa.
- Educación: Explicamos al paciente en qué consiste el síndrome coronario agudo (SCA), así como la intervención que le han realizado apoyándonos en material visual para facilitar la comprensión (SCA explicación pacientes).

- Mediciones de constantes: TA, FC, SatO<sub>2</sub> y ECG. Medición de peso, talla y perímetro abdominal. Se leen los resultados con el paciente y se ayuda a su comprensión y la repercusión sobre su patología. Se lee el resultado de la analítica de sangre con el paciente. Los parámetros buscados son:
    - CT < 200 mg/dl
    - LDL < 55 mg/dl (Este valor se consigue gracias a las estatinas las cuales son prescritas tras un SCA)
    - HDL > 45 mg/dl
    - TG < 150 mg/dl
    - HbA1c < 5,8%
    - Glucosa < 126 md/dl
    -
  - A los pacientes se les realiza la bioimpedancia, una máquina que hace pasar una corriente eléctrica a través del paciente y discierne la masa grasa de la magra o muscular y del agua corporal total tras introducir los parámetros de peso, talla y perímetro abdominal. Constituye una herramienta básica en la valoración del paciente.
  - Se abordan los factores de riesgo:
    - Si es fumador activo, exfumador o si es fumador pasivo.
    - Si consume alcohol.
    - Si padece de estrés familiar o laboral.
    - Si tiene antecedentes de enfermedad cardiovascular.
  - Se revisa la Historia Clínica, se comprueba si padece diabetes, HTA o dislipemia.
  - Se realiza la valoración enfermera del paciente siguiendo las necesidades de Virginia Henderson.
1. Respiración. Buscar enfermedades respiratorias en la historia del paciente. Valorar si padece de disnea o taquipnea. Si es fumador pasar

el test de Fagerstrom (Anexo 1) para conocer el grado de dependencia, así como el de Richmond (Anexo 2) para objetivar la voluntad para dejarlo.

2. Alimentación. Utilizar los datos de la bioimpedancia sobre la composición corporal. Se realizará un test sobre la dieta mediterránea (Anexo 3). Existe evidencia científica sobre la capacidad de ésta para reducir hasta en un 30% el RR de padecer complicaciones vasculares, resultados que pocos fármacos pueden proporcionar (11-20). Se darán consejos dietéticos empleando la pirámide de la dieta mediterránea (12) así como la ilustración del plato de Harvard (13). Solicitar al paciente información sobre su ingesta el día anterior, valorarla y corregirla.

En pacientes diabéticos o que padecen una prediabetes se abordará la influencia del exceso de azúcar en su patología y el significado del valor de la HbA1c.

3. Eliminación. Recordar la importancia de ciertos alimentos para favorecer el tránsito intestinal: la avena (la cual también reduce los niveles de CT), las frutas y las verduras.
4. Moverse. Resaltar la importancia de caminar desde una fase inicial. Sólo hay dos contraindicaciones absolutas para la realización de ejercicio físico que son la miocardiopatía hipertrófica obstructiva grave y el aneurisma disecante de aorta trombosado (21). El cardiólogo determinará, en base a la clínica del paciente y a la ergometría realizada el nivel de ejercicio que se puede realizar. El objetivo es realizar marchas de una hora 5 días a la semana.
5. Sueño/descanso. Valorar la calidad del descanso del paciente. Realizar el test de Beck (Anexo 5) para determinar la ansiedad generada como consecuencia del SCA (trastorno de estrés postraumático). Este test consta de 21 items, puede responderse en 5-10 minutos y ser corregido en 1-2. (14)
6. Vestirse y desvestirse. Valorar por medio de la entrevista el nivel de autonomía del paciente.
7. Higiene/estado de la piel. Comprobar la higiene del paciente, su nivel de autocuidados y valorar su autonomía por si fuera necesario recurrir

- a su estructura socio-familiar en esta fase de convalecencia o bien a algún tipo de servicio social.
8. Seguridad. Adaptación del entorno a esta nueva situación. Humos, estrés en el domicilio o en el trabajo...
  9. Autoestima. Realización del test de calidad de vida SF-12 (Anexo 4) con el fin de conocer la percepción del paciente sobre su situación de vida, valorar los resultados. Existe evidencia de la relación entre los trastornos depresivos y el pronóstico de pacientes con trastornos cardíacos por lo que su control es indispensable (7-15).
  10. Actividades de ocio. Reforzar aquellas actividades que incluyan el ejercicio físico y adaptar aquellas relacionadas con malos hábitos higiénico-dietéticos
  11. Aprendizaje. Repaso de toda la medicación y explicación adaptada a su nivel de comprensión para empoderarlo en su recuperación.

A los pacientes que no dejen de fumar se les propone terapia farmacológica financiada por ellos. Según los resultados de los test de Beck y de Calidad de Vida se considerará la posibilidad de derivar al paciente al equipo de psicología.

Segunda consulta de enfermería:

Se refuerza la información proporcionada en la primera consulta, la adherencia al tratamiento, la dieta, el ejercicio físico y el abandono del tabaco si fuera el caso. Se solucionarán las dudas que hayan surgido en los primeros días.

Tercera consulta de enfermería:

Se pasará el test de Beck. Recordar la adherencia al tratamiento farmacológico, físico y dietético, así como al abandono del tabaco. Se solucionan dudas.

Cuarta y quinta consulta de enfermería:

Se repite la toma de datos clínicos y analíticos y se valoran los cambios experimentados y percibidos, tanto si mejoran como si empeoran. Si mejora se refuerza y si se empeora se recuerdan las directrices de la RC, se explora la causa del no cumplimiento y se recuerdan los riesgos de no cumplirlas.

Se rellena un plan de continuidad de cuidados para el centro de salud en el que se mantendrá el seguimiento del paciente con algunos datos relevantes:

- Dieta aconsejada
- Ejercicio prescrito
- Analítica anual
- Hábitos higiénico-dietéticos

#### 2.5.2 Control clínico

Consistirá en dar soporte durante las sesiones en el gimnasio.

- Anotar el peso previo
- Control de la TA durante la sesión
- Glucemia pre y post entrenamiento

Durante el trabajo en el gimnasio siempre habrá un enfermero por si se presentasen situaciones de emergencia.

#### 2.5.3 Pruebas complementarias

Realización del ECG, la bioimpedancia y la ergometría o ergoespirometría, esta última junto al cardiólogo.

### 2.6 RECURSOS MATERIALES Y HUMANOS

Materiales: El servicio de RC está ubicado en el hospital Nuestra Señora de Gracia y consta de:

- Dos consultas de enfermería con ordenadores, una máquina para realizar la bioimpedancia y un electrocardiógrafo.



- Un despacho para administración.
- Dos despachos para los cardiólogos con ordenadores.
- Una sala con una cinta de correr, electrodos y un espirómetro
- Una consulta para el médico rehabilitador.
- Para las sesiones hay un gimnasio con; 8 bicicletas estáticas con manguitos para monitorizar la TA, sensores para la FC, 2 ordenadores y 3 pantallas de televisión encima del control para poder leer el ECG desde cualquier punto, además de un carro de paradas. Los fisioterapeutas cuentan aquí con un despacho y un ordenador. En el gimnasio hay dos vestuarios con taquillas y una báscula en cada uno.

Humanos: El equipo de RC consta de:

- Tres cardiólogos, cada uno de un área de salud de Zaragoza.
- Tres enfermeros.
- Un TCAE.
- Un médico rehabilitador.
- Un técnico administrativo.
- Tres fisioterapeutas.
- Dos psicólogos.

## CONCLUSIONES

Los servicios de Rehabilitación Cardíaca tienen como objetivo proveer al paciente de los recursos necesarios para conocer y protegerse de los factores de riesgo que amenazan su salud. Estos están formados por equipos multidisciplinarios en los que el enfermero desempeña una actividad autónoma focalizada en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud mediante la realización de funciones en los ámbitos asistencial, docente, investigador, de gestión clínica y educación sanitaria en la búsqueda de mejorar la salud y los hábitos de vida de los pacientes que acuden a Rehabilitación Cardíaca.

## BIBLIOGRAFÍA

1. García Hernández P, Fernández Redondo C, Fradejas Sastre V, Naya Leira C, Barreñada Copete E, Delgado Pacheco J, et al. Rehabilitación Cardíaca. Estudio MAREC, diagnóstico de la situación de Enfermería en España. *Enferm Cardiol*. 2019; 26 (78): 37-48.
2. Herrera Delgado C., Vargas Olano MO., Rocha-Nieto LM. El rompecabezas de la adherencia al tratamiento. La mirada de los actores: pacientes, familias-cuidadores y equipo de salud. *Enferm Cardiol* 2019; 26(78): 57-68
3. INE. Defunciones por causas por sexo y grupos de edad. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2018. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947#!ta>
4. INE. Defunciones por causas por sexo y grupos de edad. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2018. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
5. INE. Defunciones por causas por sexo y grupos de edad. Instituto Nacional de Estadística, Madrid, 2018. <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=7947>
6. B Soriano J, Rojas Rueda D, Alonso J, M Antó J, Cardona PJ, L García-Basteiro A, La carga de enfermedad en España: resultados de la carga global de las Enfermedades 2016. *Medicina Clínica (English Edition)*. 2018; 151(5), 171-90
7. Ossola P., Generali I., Schito G., De Panfilis C., Tonna M., Gerra ML., Marchesi C. Temperament and Depression after a first Acute Coronary Syndrome. *J Nerv Ment Dis*. 2019; 207 (4), 277-83
8. Fernández de Larrea-Baz N., Morant-Ginestar C., Catalá-López F., Génova-Maleras R., Álvarez-Martín E. Años de vida ajustados por discapacidad perdidos por cardiopatía isquémica en España. *Rev Esp Cardiol*. 2015; 68 (11), 968-75.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation, Washington, 2020. GBD History. [GBD History | Institute for Health Metrics and Evaluation \(healthdata.org\)](https://www.healthdata.org/gbd/history)
10. Medline [Base de datos en Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; [Actualizada en Jul 2018; acceso en Mar 2021] Disponible en [Angioplastia y colocación de stent en el corazón: MedlinePlus enciclopedia médica](#)
11. Arós F., Estruch R. Dieta Mediterránea y prevención de la enfermedad cardiovascular. *Rec Esp Cardiol*. 2013; 66 (10), 771-74
12. Fundación Dieta Mediterránea, Barcelona. 2010. Pirámide de la Dieta Mediterránea: un estilo de vida actual. [Sin título-2 \(dietamediterranea.com\)](https://www.dietamediterranea.com/)
13. Harvard T.H. Chan School of Public Health, Boston, MA. Healthy Eating Plate. [El Plato para Comer Saludable \(Spanish\) | The Nutrition Source | Harvard T.H. Chan School of Public Health](#)

14. Sanz J. Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. Clínica y Salud. 2014: 25(1)
15. Vilagut G., Ferrer M., Rajmil L., Rebollo P., Permanyer-Miralda G., Quintana JM, et al. El cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit. 2005: 19(2)
16. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. París. 2017. ¿Cómo va la vida en España? [Better-Life-Initiative-country-note-Spain-in-Espagnol.pdf \(oecd.org\)](#)
17. El Orden Mundial. 2020. Los países con mayor y menor esperanza de vida. [Los países con mayor y menor esperanza de vida - Mapas de El Orden Mundial - EOM](#)
18. Martínez Pérez JE., Sánchez Martínez FI., Abellán Perpiñán JM. Esperanza de Vida Ajustada por la Calidad en España: una aproximación. Revista de Evaluación de Programas y Políticas Públicas. 2016: 6: 28-48
19. Bertomeu V., Castillo-Castillo J. Situación de la enfermedad cardiovascular en España. Del riesgo a la enfermedad. Rev Esp Cardiol. 2008: 8 (3): 23-93
20. Cardiología Hoy. Sociedad Española de Cardiología. Dr. Carol Ruiz, A, 2018. Impacto de un programa de prevención secundaria en ancianos tras sufrir un SCA. Disponible en: [Impacto de un programa de prevención secundaria en ancianos tras sufrir un SCA - Sociedad Española de Cardiología \(secardiologia.es\)](#)
21. Maroto Montero JMª, Coordinador. Rehabilitación Cardíaca. Sociedad Española de Cardiología. 2009
22. Portuondo Maseda Mª T., Martínez Castellanos T., Delgado Pacheco J., García Hernández P., Gil Alonso D., Mora Pardo JA., et al. Manual de Enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca. Madrid. Asociación Española de Enfermería en Cardiología. 2009

## Anexo 1

### Test Fagestrom Dependencia Tabaco

Esta calculadora permite valorar la dependencia al hábito tabáquico. Este cuestionario valora de una forma rápida y sencilla la dependencia con respecto al tabaco. Esta información es meramente orientativa, y en ningún caso sustituye a la opinión del médico. En caso de duda y/o para identificar cualquier problema, es conveniente acudir al especialista.

---

**A. ¿Cuántos minutos pasan entre el momento de levantarse y fumar el primer cigarrillo?**

- ☐ 5 ó menos
- ☐ De 6 a 30
- ☐ De 31 a 60
- ☐ Más de 60

---

**B. ¿Encuentras dificultad para abstenerte de fumar en lugares donde está prohibido?**

- ☐ Sí
- ☐ No

---

**C. ¿Qué cigarrillo te costaría más abandonar?**

- ☐ El primero de la mañana
- ☐ Otros

---

**D. ¿Cuántos cigarrillos fumas al día?**

- ☐ Más de 30
- ☐ Entre 21 y 30
- ☐ Entre 11 y 20
- ☐ Menos de 11

---

**E. ¿Fumas más durante las primeras horas de la mañana que durante el resto del día?**

- ☐ Sí
- ☐ No

---

**F. ¿Fumas cuando no te encuentras bien o cuando estás enfermo?**

- ☐ Sí
- ☐ No

## Anexo 2

### TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR – RICHMOND

- **Indicación**  
Valoración del nivel de motivación para el abandono del hábito de fumar.
- **Administración**  
Se trata de un test de 4 ítems o valoraciones, en los que la población diana de aplicación está constituida por la población general fumadora.
- **Test de Richmond**
  1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

▪ Sí	1 punto
▪ No	0 puntos
  2. ¿Cuánto interés tiene en dejarlo?

▪ Mucho	3 puntos
▪ Bastante	2 puntos
▪ Algo	1 punto
▪ Nada	0 puntos
  3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?

▪ Sí	3 puntos
▪ Probable	2 puntos
▪ Dudoso	1 punto
▪ No	0 puntos
  4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?

▪ Sí	3 puntos
▪ Probable	2 puntos
▪ Dudoso	1 punto
▪ No	0 puntos

### Anexo 3

<b>Test de adherencia a la dieta mediterránea</b>	
1. ¿Usa el aceite de oliva como principal grasa para cocinar?	Sí = 1 punto
2. ¿Cuánto aceite de oliva consume en total al día? (incluyendo el usado para freír, ensaladas, etc....)	2 ó más cucharadas = 1 punto
3. ¿Cuántas raciones de verduras u hortalizas consume al día? (1 ración = 200 g. Las guarniciones o acompañamientos = ½ ración)	2 ó más (al menos 1 de ellas en ensalada o crudas) = 1 punto
4. ¿Cuántas piezas de fruta (incluyendo zumo natural) consume al día?	3 ó más = 1 punto
5. ¿Cuántas raciones de carnes rojas, hamburguesas, salchichas o embutidos consume al día ? (1 ración = 100-150 g)	Menos de 1 = 1 punto
6. ¿Cuántas raciones de mantequilla, margarina o nata consume al día? (porción individual = 12 g)	Menos de 1 = 1 Punto
7. ¿Cuántas bebidas carbonatadas y/o azucaradas consume al día? (refrescos, colas, tónicas)	Menos de 1 = 1 Punto
8. ¿Bebe vino? ¿Cuánto consume a la semana?	3 ó más vasos = 1 Punto
9. ¿Cuántas raciones de legumbres consume a la semana ? (1 plato o ración = 150 g)	3 ó más = 1 punto
10. ¿Cuántas raciones de pescado/mariscos consume a la semana ? (1 plato, pieza o ración = 100-150 g de pescado ó 4-5 piezas ó 200 g de marisco)	3 ó más = 1 punto
11. ¿Cuántas veces consume repostería comercial a la semana? (no incluye repostería casera como: flanes, dulces, bizcochos...)	Menos de 3 = 1 punto
12. ¿Cuántas veces consume frutos secos a la semana (1 ración = 30 g)?	1 ó más = 1 punto
13. ¿Consume preferentemente carne de pollo, pavo o conejo en vez de ternera, cerdo, hamburguesas o salchichas? (carne de pollo, pavo o conejo: 1 pieza o ración de 100-150 g)	Sí = 1 punto
14. ¿Cuántas veces a la semana consume los vegetales cocinados, pasta, arroz u otros platos aderezados con salsa de tomate, ajo, cebolla o puerro, elaborada a fuego lento, con aceite de oliva? (sofrito)	2 ó más = 1 punto

## Anexo 4

### CUESTIONARIO DE SALUD SF-12

**INSTRUCCIONES:** Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Por favor, conteste cada pregunta marcando una casilla. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor, conteste lo que le parezca más cierto.

1 En general, usted diría que su salud es:

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

	1 Sí, me limita mucho	2 Sí, me limita un poco	3 No, no me limita nada
2 Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Subir varios pisos por la escalera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	1 Sí	2 No
4 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

	1 Sí	2 No
6 ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las 4 últimas semanas ¿cuánto tiempo...

	1 Siempre	2 Casi siempre	3 Muchas veces	4 Algunas veces	5 Sólo alguna vez	6 Nunca
9 ...se sintió calmado y tranquilo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ...tuvo mucha energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ...se sintió desanimado y triste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Siempre	Casi	Algunas siempre	Sólo veces	Nunca alguna vez



## Anexo 5

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>